

**Medizinischer Dienst M-V**

Hauptverwaltung  
Krankenhaus-Strukturprüfungen  
Lessingstraße 33  
19059 Schwerin

**→ Kontakt**

03831 43492-00 (Dr. Dittberner)  
0385 48936-00 (Dr. Greiner-Leben)  
strops@md-mv.de

## Formular 8.3: Mitteilung des Krankenhauses bei Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen gemäß § 275d Absatz 3 Satz 3 SGB V



### Krankenhaus

---

Krankenhaus

Postanschrift des Krankenhauses

Korrespondenzadresse  Ja  Nein

Institutionskennzeichen (IK)



Bitte kennzeichnen Sie diese Anschrift **oder** die Anschrift des Standortes als Korrespondenzadresse!



### Standort

---

Standort

Postanschrift des Standortes

Korrespondenzadresse  Ja  Nein

Standortnummer (neunstellig)



### Ansprechpartnerin/Ansprechpartner im Krankenhaus

---

Name

Telefon-Nummer  E-Mail

Hiermit teile ich dem Medizinischen Dienst Mecklenburg-Vorpommern mit, dass mindestens ein Strukturmerkmal über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht eingehalten worden ist. Für den Zeitraum der Nichteinhaltung liegt eine gültige Bescheinigung vor.

OPS-Kode \_\_\_\_\_

Aktenzeichen des Ausgangsbescheids \_\_\_\_\_

Beginn des bescheinigten Zeitraums \_\_\_\_\_

Ende des bescheinigten Zeitraums \_\_\_\_\_

Datum des Beginns der Nichteinhaltung  
eines oder mehrerer Strukturmerkmale \_\_\_\_\_

Nicht eingehaltenes Strukturmerkmal/nicht eingehaltene Strukturmerkmale

Name der Geschäftsführung des Krankenhauses \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_

der Geschäftsführung des Krankenhauses, ggf. qualifizierte elektronische Signatur